

# HERNIES DE L'AINE

Pathologie très fqte concernant 1 homme/10. L'opération est de bon pronostic pr les formes non compliquées, ms pr les formes compliquées, la morbidité peut aller jusqu'à 1 patient/2.

Le diagnostic est facile : presque pas besoin d'exams complémentaires.

## **I/ Définitions :**

- **hernie** : issue de viscères abdominaux contenus ds un sac péritonéal et s'extériorisant par un orifice (= collet) au niv d'une zone de faiblesse de la paroi abdominale.

- **éventration** : issue de viscères abdo contenus ds un sac péritonéal et s'extériorisant par un orifice non naturel de la paroi abdo (Iir à une laparotomie, ou une plaie de la paroi abdo).

- **éviscération** : issue de viscères abdo en dhs de la cavité péritonéale, provoquée par une désunion d'une plaie opératoire. (Quasi = éventration ms pas de sac péritonéal). Peut être couverte (peau) ou non couverte.

- **diastasis** : écartement de 2 muscles (ex :gds droits) sans orifice véritable, avec issue possible de viscères abdo protégés par un sac péritonéal.

Dans la région de l'aine : extériorisation par l'orifice musculo-pectinéal.

3 zones de faiblesse dans la région inguinale :

- fossette inguinale externe : en dhs de l'artère épigastrique = orifice profond du canal inguinal.

- fossette inguinale moy : entre a. épigastrique et ombilicale.

- fossette inguinale int : entre a. ombilicale et ouraque.

Ttes les hernies (inguinales ou crurales) st déf par le franchissement du fascia transversalis qui est distendu ou repoussé. Le fascia transversalis recouvre en arrière l'orifice musculo-pectinéal. Il correspond au feuillet profond de l'aponévrose du transverse.

Au dessus de la ligne de Malgaigne = hernie inguinale, au-dessous= hernie crurale

## **II/ Interrogatoire :**

Date et modalités d'apparition : récente/ancienne, brutale/progressive, récédive ?, amaigrissement

Signes fonctionnels : gêne, pesanteur, tiraillement, douleur à l'effort, troubles digestifs, retentissements physiques et professionnels.

Conditions de vie : actif, sportif, sédentaire.

Recherche de facteurs de risque

ATCD méd et chir.

Signes généraux : absents si forme non compliquée

Signes physiques :

- exam debout puis couché, avec effort de toux

- inspection : parfois normale, sinon tuméfaction impulsive à la toux. Apprécier aspect cutané local, inspecter les bourses.

- la palpation est un élément essentiel du diag+++ -> extrémité de l'index coiffe peau du scrotum. Tuméfaction impulsive à la toux, non douloureuse, réductible, reproductible.

- percussion : svt normale. Si hernie volumineuse -> mat= contenu épiploïque, tympanique= grêle, colon.

- auscultation : svt normale. Parfois BHA sigrêle ou colon.

=> exam systématique des autres orifices herniaires++

=> TR++ : tumeur, adénome prostatique

=> exam général : pulmonaire, ascite...

LE DIAG DE HERNIE DE L'AINE EST CLINIQUE.

## **III/ Les hernies :**

\* Hernie congénitale :

- Persistance du canal péritonéo-vaginal.

- tjs ++ oblique ext (trajet infrafuniculaire)

- terrain : nourrisson, enfant, adulte jeune

- malformations asso : kyste cordon ou épидидyme, hydrocèle vaginale.

\* Hernies acquises

- faiblesse musculo-aponévrotique ds la région inguinale

- inguinale oblique ext le + svt ; inguinale directe ou crurale ; très rarement oblique int

- terrain : adulte et vieillard ; homme>femme.

\* Hernies inguinales obliques ext

- les + fqtes (50%)

- trajet du cordon

- étiologie : ttes les hernies congénitales et une gde partie des hernies acquises

- dvpt : vers les bourses chez l'homme, vers les gdes lèvres chez la femme.

- de la pointe herniaire à la volumineuse hernie inguino-scrotale

- cliniquement : réduction en haut, en arrière et en dhs ; perception en dds de l'artère épigastrique.

- \* Hernies inguinales directes
  - hernies de faiblesse : tjs acquises
  - trajet : fossette inguinale moy
  - taille : parfois volumineuse, ms jms jusqu'au scrotum
  - clinique : réduction antéro-post
  
- \* Hernies inguinales obliques ext
  - exceptionnelles
  - trajet : fossette inguinale int
  - extériorisées à l'angle int du canal inguinal
  
- \* Hernies crurales
  - collet au-dessous de la ligne de Malgaigne
  - fqce : 15% ; femme+++ ; âge++
  - trajet : orifice crural, en dds des vx fémoraux
  - taille : svt petite -> risque d'étranglement
  - clinique : tuméfaction partie supéro-int du triangle de Scarpa ; rechercher en décubitus dorsal, cuisse en abduction, jambe pendante hors du lit ; diag difficile si obésité.
  
- \* Hernie engouée
  - hernie difficile à réduire ; parfois irréductible, mais non ou peu douloureuse ; pas de signe occlusif.
  - menace d'étranglement++
  - indication opératoire formelle rapide, ms sans urgence
  
- \* Hernie étranglée
  - complication grave -> urgence chir
  - risque d'étranglement accru si : gd sac herniaire et collet étroit ; hernie crurale
  - signes fonctionnels :
    - douleur vive, installation brutale, continue, pénible
    - signes digestifs inconstants : nausées, vomissements, arrêt du transit, rarement= diarrhées
  - signes généraux : T°, TA, pouls, signes de déshydratation.
  - exam clinique :
    - tuméfaction de l'aîne (inguinale ou crurale)
    - douloureuse, irréductible, non impulsive à la toux +++
    - exam abdo : météorisme abdo, douleur diffuse
  - risque : occlusion mécanique -> nécrose -> perforation
  - en faveur d'une souffrance viscérale : fièvre, défense abdo, signes inflammatoires locaux.
  
- \* Diag différentiel de la hernie inguinale
  - hydrocèle (épanchement séreux de la vaginale testiculaire) ; transillumination
  - varicocèle (= varice scrotale) ; tuméfaction molle, dépressible, disparaissant en position couchée
  - orchépididymite, torsion testiculaire
  
- \* Diag différentiel de la hernie crurale :
  - adénopathie crurale
  - phlébite crosse saphène int
  - anévrisme fémoral
  
- \* Hernie inguinale non compliquée :
  - principe : tt<sup>t</sup> du sac péritonéal : dissection, +/- résection, +/- fermeture
  - tt<sup>t</sup> de la paroi abdo : réfection pariétale, +/- renforcement
  - voies d'abord : inguinale, laparoscopie, prépéritonéale
  - indications des hernioraphies et hernioplasties :
    - hernie crurale : indication formelle
    - hernie inguinale : sauf sujets à risque, ou pointe herniaire asymptomatique
  
- \* Hernie inguinale étranglée
  - intervention chir en URGENCE++
  - selon la vitalité intestinale : satisfaisante -> réintégration ; nécrose -> résection
  - puis réparation pariétale (pas de prothèse)
  - mesures méd : réa hydroélectrolytique, SNG, antibiothérapie
  - 6% de l'ensemble des hernies
    - => enfant : dès les 1ers mois de la vie,
      - le +svt=fermeture spontanée de l'anneau ombilical
      - indications : volume, symptomatiques, > 5ans
    - ⇒ adulte : acquise, zone de faiblesse
      - terrain : obèse, cirrhotique, 3<sup>e</sup> âge, femme
      - clinique : tuméfaction ombilicale, réductible, indolore, impulsive à la toux
      - évolution : étranglement, risque de rupture ombilicale chez le cirrhotique (pronostic gravissime)